

3. Соколова О.А., Логачева Т.М., Дядик Т.Г., Малкоч А.В. Половая инфекция у детей // *Лечащий врач* – 2005. – №7. – С. 22-26.
4. Титов Л.П., Горбунов В.А. Антибиотикорезистентность бактерий, выделенных при инфекциях мочевыводящих путей в Республике Беларусь // *Роль антропогенных и природных патогенов в формировании инфекционных и неинфекционных болезней человека: Медико-экологические аспекты проблемы: Материалы междунар. Конф.- Минск, 2002.* – С.425
5. Larsson PA, Cano M, Grenabo L, Brorson JE *Morphological lesions of the rat urinary tract induced by inoculation of mycoplasmas and other urinary tract pathogens // Urology Investigation.* – 1989. – №44 (4). – С. 210-217.
6. H Sugunendran, H D L Birley, H Mallinson, M Abbott and C Y W Tong *Comparison of urine, first and second endourethral swabs for PCR based detection of genital Chlamydia trachomatis infection in male patients // Sexually Transmitted Infections.* – 2001. – №77. – С.423-426.

**А.Ю. Журавлев**

УЗ «Витебский городской  
клинический родильный дом №1»

г. Витебск

## Течение и исходы беременности при консервативной и хирургической коррекции истмико-цервикальной недостаточности

С целью оценки эффективности хирургической и нехирургической профилактики преждевременных родов при ИЦН проведен анализ течения и исходов одноплодных беременностей у 84 пациенток. В первую группу вошли 46 беременных, которым была выполнена хирургическая коррекция ИЦН (всем пациенткам был наложен круговой шов на шейку матки) в сроках до 22 недель гестации. Во вторую - 38 беременных, которым в сроках гестации до 22 недель для профилактики невынашивания беременности был введен акушерский разгружающий пессарий. Проведенный анализ показал, что при хирургическом методе коррекции ИЦН в 2 раза чаще наблюдалась угроза прерывания беременности и фетоплацентарная недостаточность. Экстренное оперативное родоразрешение при применении акушерского разгружающего пессария требовалось в 2,5 раза реже, чем при хирургической коррекции ИЦН. Частота преждевременных родов при применении хирургического метода коррекции ИЦН составила 26,1% при применении акушерского пессария – 18,4%. Все преждевременные роды при применении акушерского разгружающего пессария произошли в интервале 34-37 недель гестации, тогда как при хирургической коррекции ИЦН 5 из 12 (41,7%) случаев преждевременных родов произошли до 34 недель.

Полученные нами результаты свидетельствуют о том, что применение акушерского разгружающего пессария для профилактики преждевременных родов при ист-

мико-цервикальной недостаточности более эффективно, чем традиционный хирургический метод профилактики преждевременных родов при данной патологии.

Преждевременные роды – один из самых важных вопросов охраны здоровья матери и ребенка, так как недоношенность определяет уровень перинатальной заболеваемости и смертности. На долю недоношенных детей приходится до 70% ранней неонатальной смертности и 65-75% детской смертности. Мертворождаемость при преждевременных родах в 8 – 13 раз выше, чем при родах в срок [6, 9, 10]. Огромное социальное значение приобретает проблема преждевременных родов, учитывая высокую стоимость выхаживания недоношенных детей. По данным J. Rodowski (2000 г.) ежегодная стоимость выхаживания детей низкой массы тела – 6 миллиардов долларов США, что составляет 10% от всех затрат на детство и 35% всех затрат на новорожденных. Средняя стоимость выхаживания ребенка массой 500 гр. – более 150 000 долларов США, и только 44% из этих детей выживают. При массе ребенка 1251 – 1500 гр. стоимость выхаживания составляет приблизительно 30 000 долларов США и выживаемость – 97% [9].

За последние 30 лет в мире достигнуты большие успехи в выхаживании недоношенных детей, в результате этого значительно снижена младенческая смертность, ближайшая и отдаленная заболеваемость, но частота преждевре-

менных родов в последние годы не снижается, а напротив, увеличивается, особенно в развитых странах. По данным К. Damus (2000 г.), в США за последние 10 лет частота преждевременных родов возросла с 10 до 11,5%. Это обусловлено увеличением частоты многоплодных беременностей после программ ЭКО и других методов стимуляции овуляции, а так же более широким распространением вредных привычек [9].

Одной из самых частых причин спонтанных преждевременных родов является истмико-цервикальная недостаточность (ИЦН). Наблюдающийся в настоящее время рост эндокринной патологии, многоплодия, дисплазий соединительной ткани и беременностей после ЭКО неизбежно приведет к увеличению частоты функциональной несостоятельности шейки матки [1, 6, 9]. Высокая частота клинической манифестации несостоятельности шейки матки в сроки, превышающие оптимальные для хирургической коррекции и осложнения, типичные для любого хирургического вмешательства, диктуют необходимость поиска эффективных методов профилактики преждевременных родов при данной патологии [2, 5].

### **Материалы и методы**

С целью оценки эффективности хирургической и нехирургической профилактики преждевременных родов при ИЦН проведен анализ течения и исходов одноплодных беременностей у 84 пациенток. В первую группу (1 гр.) вошли 46 беременных, которым была выполнена хирургическая коррекция ИЦН (всем пациенткам был наложен круговой шов на шейку матки) в сроках до 22 недель гестации. Во вторую (2 гр.) - 38 беременных, которым в сроках гестации до 22 недель для профилактики невынашивания беременности был введен акушерский разгружающий pessary. Возраст женщин в обеих группах колебался от 21 до 38 лет, составляя в среднем  $29 \pm 3,2$  в первой и  $27 \pm 4,4$  года во второй группе. Для 19 (41,3%) пациенток первой группы настоящая беременность была первой, во второй группе первобеременных первородящих было 18 (47,4%) женщин. У 47 беременных обеих групп в анамнезе было 59 беременностей, из которых только 7 (14,9%) закончились срочными родами (в первой группе 4, во второй - 3). Частота медицинских абортс среди пациенток с беременностями в анамнезе составила 51,8% в первой до 60% во второй группах, самопроизвольно в различные сроки прервалось 27 беременностей (17 в первой, 10 во второй группах). Пациенток, страдающих привычным невынашиванием беременности, в обеих группах не было. Беременные обеих групп имели высокий уровень различной соматической патологии. Преобладали нарушения жирового обмена (51,8% в первой и 60% во второй группах). Отягощен гинекологический анамнез был у 20 (41,7%) беременных 1-ой и 17 (44,7%) пациенток 2-ой группы. По структуре

гинекологической патологии группы существенно не различались. Диагноз ИЦН у всех 84 беременных выставлялся на основании клинических данных и результатов УЗ исследования (аппарат Siemens Sonoline SI-250, секторальный датчиком 3,5 МГц). При УЗ исследовании оценивали традиционные биометрические показатели шейки матки [7,8]. Состояние шейки матки в обеих группах до проведения коррекции ИЦН статистически не различалось. В сравниваемые группы не включались беременные с пролабированием плодного пузыря до уровня наружного зева шейки матки. Данные, полученные в результате исследований, подвергались первичному и вторичному статистическому анализу. Для этих целей использовался пакет прикладных программ Microsoft Excel и пакет прикладных программ Statistica 6,0 (StatSoft – Russia, 1999), модуль Basic Statistics/tables, nonparametrics.

### **Результаты исследования и их обсуждение**

Течение беременности при ИЦН наиболее часто осложнялось клинически выраженной угрозой прерывания беременности. До проведения коррекции ИЦН каждая пациентка неоднократно была госпитализирована в стационар для терапии угрозы невынашивания беременности. После проведенной коррекции ИЦН частота госпитализаций по поводу угрозы прерывания беременности в сравниваемых группах была различной. При хирургической коррекции ИЦН она потребовалась для 29 из 46 беременных (63,0%) во второй группе частота госпитализаций была достоверно ниже 14 – 36,8% ( $\chi^2$ -тест,  $p < 0,05$ ). Чаще по сравнению с группой беременных, использовавших pessary, при хирургической коррекции ИЦН наблюдалось мало и многоводие. В 1 группе данное осложнение было выявлено в 7 случаях (15,2%), во 2 группе у 3 (7,9%) беременных. Фетоплацентарная недостаточность развилась у 16 женщин (34,8%) при хирургической коррекции ИЦН, тогда, как во 2 группе данное осложнение имело место у 6 (15,8%) беременных. Одинаково часто течение беременности осложнилось развитием анемии (16 – 34,7% в 1 группе и 16 42,1% во второй). С высокой частотой у беременных регистрировались респираторные инфекции у 52,2% и 68,4% женщин 1 и 2 групп соответственно. Более физиологичное течение беременности при нехирургической коррекции ИЦН привело к меньшей частоте госпитализаций (без учета дородовой госпитализации) в группе женщин, применявших акушерский разгружающий pessary. В среднем на каждую беременную после наложения кругового шва приходилось 4 случая стационарного лечения, тогда, как после нехирургической коррекции ИЦН стационарное лечение требовалось прак-

тически в 2 раза реже (2,1 эпизода госпитализаций на 1 женщину).

Исходы беременности в обеих группах представлены в таблице 1

Частота преждевременных родов в группе беременных при хирургическом методе коррекции ИЦН составила 26,1% (12 из 46 беременных) статистически ( $\chi^2$ -тест) не отличалась от данного показателя в группе пациенток при применении акушерского разгружающего pessaria 18,4% (7 из 38). Все преждевременные роды при применении акушерского разгружающего pessaria произошли в интервале 34-37 недель гестации, тогда как при хирургической коррекции ИЦН 5 из 12 (41,7%) случаев преждевременных родов произошли до 34 недель.

В большинстве случаев 36 - 78,3% и 35 - 92,1% женщины 1 и 2 групп соответственно родоразрешены через естественные родовые

пути. Более чем 76,3% (28 беременных) в 1 и 82% (29 беременных) во 2 группах роды имели быстрое или стремительное течение. Частота оперативного родоразрешения была достоверно выше ( $\chi^2$ -тест,  $p < 0,05$ ) при хирургической коррекции ИЦН, как в случаях планового, так и экстренного оперативного родоразрешения (табл. 2).

Недоношенными родилось 7 детей при применении акушерского pessaria. Случаев мертворождения и смерти детей в первые 27 суток в группе нехирургической коррекции ИЦН не было. Исходы беременности для новорожденного при хирургической и нехирургической коррекции ИЦН представлены в таблице 3.

Таблица 1. Исходы беременности в зависимости от метода коррекции ИЦН

Исход беременности	Метод коррекции ИЦН			
	2 группа (консервативная коррекция ИЦН) n - 38		1 группа (хирургическая коррекция ИЦН) n - 46	
Срочные роды	31	81,6%	34	73,9%
Преждевременные роды, из них	7	18,4%	12	26,1%
Спонтанные преждевременные роды	7	100%	12	100%
Индукцированные преждевременные роды	0	-	0	-

Таблица 2. Частота оперативного родоразрешения беременных при хирургической и консервативной коррекции ИЦН

	Хирургическая коррекция ИЦН n - 46		Консервативная коррекция ИЦН n - 38	
	абс.	%	абс.	%
Роды через естественные родовые пути	36	78,3	35	92,1
Кесарево сечение из них (все операции)	10	21,7	3	7,9
Кесарево сечение в плановом порядке	4	8,7	1	2,6
Экстренное кесарево сечение	6	13,0	2	5,2

Таблица 3. Исходы беременности для новорожденного при хирургической и консервативной коррекции ИЦН

Исходы преждевременных родов	Хирургическая коррекция ИЦН (1 группа)	Консервативная коррекция ИЦН (2 группа)
Всего родилось детей	12	7
Живорожденных	11	7
Мертворожденных	1	-
Умерли до 7 суток жизни	2	0

Умерли от 7 до 28 суток жизни	1	0
-------------------------------	---	---

Таким образом, консервативная коррекция ИЦН позволяет продлить беременность до более благоприятных сроков гестации, чем хирургическая. При этом и частота, и длительность стационарного лечения пациенток с хирургическим методом коррекции ИЦН была почти в 3 раза больше, чем при применении акушерского разгружающего pessaria.

При хирургическом методе коррекции ИЦН в 2 раза чаще наблюдалась угроза прерывания беременности и фетоплацентарная недостаточность.

Экстренное оперативное родоразрешение при применении акушерского разгружающего pessaria потребовалось в 2,5 раза реже, чем при хирургической коррекции ИЦН.

Полученные нами результаты свидетельствуют о том, что применение акушерского разгружающего pessaria для профилактики преждевременных родов при истмико-цервикальной недостаточности более эффективно, чем традиционный хирургический метод профилактики преждевременных родов при данной патологии.

### Литература

1. Бурудули Г.М., Фролова О.Г. репродуктивные потери – Москва: «Триада-Х», 1997. – 187 с. 19
2. Журавлев А.Ю. Частота истмико-цервикальной недостаточности по данным ультрасонографии в сроках гестации до 20 недель. // Актуальные вопросы теоретической и практической медицины и фармации.: Тез. докл. 57 научной сессии ВГМУ–Витебск, 2002.– С.87.
3. Журавлев А.Ю., Журавлев Ю.В., Дородейко В.Г. Применение разгружающего акушерского pessaria в лечении и профилактике невынашивания беременности при истмико-цервикальной недостаточности. // Охрана материнства и детства. – 2000. – №1. – С.89-100.
4. Занько С.Н., Журавлев А.Ю. Предупреждение преждевременных родов с помощью акушерского разгружающего pessaria. // Здорово-охранение. – 2004, №8 – С. 6-9.
5. Кулаков В.И. Мурашко Л.Е. Преждевременные роды М.: Медицина, 2002.–172 с.
6. Ледина А.В., Абуд И.Ю. Истмико-цервикальная недостаточность // Заболевания шейки матки (клинические лекции). – М.: Изд-во "Медиа Сфера". – 1997. – С. 81–85.
7. Липман А.Д., Черемных А.Ю. Ультразвуковые критерии истмико-цервикальной недостаточности // Акушерство и гинекология. – 1996. – №4. – С. 5–7.
8. Сидельникова В.М., Антонов А.Г. Преждевременные роды. Недоношенный ребенок. – ГЭОТАР-Медиа. 2006. – 448 с. : ил.
9. Сидельникова В.М. Невынашивание беременности. – М.: Медицина, 1986.– 175 с